

PROGRAMA DE APOYO AL NIÑO HOSPITALIZADO POR MALTRATO

Claudia Cerfogli F.

Josefina Martínez B.

INTRODUCCION

En forma cada vez más frecuente los medios de comunicación nos impactan con los dramáticos casos de niños que al recibir brutales golpizas por parte de los adultos a cargo, deben ser conducidos a centros hospitalarios debatiéndose entre la vida y la muerte. Si bien estos son los casos más extremos y también los más bullados, lo cierto es que los hospitales y postas deben atender a muchos niños, tal vez demasiados, que son maltratados al interior de sus hogares.

Con la convicción que el maltrato infantil deja huellas emocionales que tardan más en sanar que las heridas físicas, la experiencia que daremos a conocer en este capítulo surge como una propuesta que pretende responder a las necesidades psicológicas de los niños agredidos que deben ser internados en centros hospitalarios.

El “Programa de apoyo al niño hospitalizado por maltrato” fue implementado al interior del Servicio de Pediatría del Hospital Parroquial de San Bernardo, formando parte integral de un programa mayor denominado “Prevención y apoyo al niño y mujer maltratados”. Este último fue implementado en diversos Servicios del Hospital, siendo el Servicio de Urgencia el punto de partida del mismo.

Dado que los casos de violencia intrafamiliar generalmente ingresaban a este Hospital vía Urgencia, dicha instancia se convirtió en la principal fuente de derivación de niños maltratados hacia el Servicio de Pediatría. Una de las razones existentes y, tal vez, la más evidente para solicitar la hospitalización de un niño, era la presencia de lesiones físicas

graves. Sin embargo, niños agredidos que no presentaban lesiones que ameritaran cuidados médicos, comenzaron a ser hospitalizados como medida de protección.

En efecto, frente a un sistema judicial que no contemplaba una forma viable para velar que fuera el perpetrador quien se alejara del hogar, y frente a la escasez de casas de acogida u otras instituciones que cumplieran con este objetivo, el Hospital se convirtió en una instancia proteccional para niños que se encontraban en riesgo de ser revictimizados si no eran separados de su agresor.

Es así como la hospitalización de niños maltratados sin lesiones físicas de cuidado comenzó a ser vista como una alternativa que permitía garantizar la inmediata protección e interrupción de la violencia. Considerada como una medida transitoria, permitía responder en forma oportuna a la crisis generada por los casos de violencia intrafamiliar, dando tiempo a que la Asistente Social buscara un lugar más adecuado a los requerimientos de estos niños.

El objetivo de la experiencia realizada fue contribuir a validar el maltrato y abuso sexual infantil como problemáticas a ser incorporadas en la práctica hospitalaria, promoviendo en el equipo de salud de Pediatría el desarrollo de destrezas necesarias para ayudar a los niños victimizados y sus familias.

Este programa se extendió durante un año e incorporó a médicos, enfermeros y auxiliares del Servicio de Pediatría, además de la Asistente Social del Hospital. El equipo activador estuvo compuesto por dos psicólogas, miembros del equipo infantil del “Programa de prevención y apoyo al niño y mujer maltratados” y autoras del presente capítulo.

En las páginas siguientes se describirán brevemente las bases teóricas que fundamentan el trabajo realizado y se expondrán las fases de diseño, implementación y seguimiento del programa. Finalmente, se discutirán los alcances, dificultades y posibles proyecciones de una experiencia de esta índole.

FUNDAMENTOS TEORICOS

El diseño de un programa orientado a responder a las necesidades psicológicas de los niños hospitalizados por maltrato debe tomar en consideración las vivencias emocionales asociadas a este tipo de experiencias. Es por ello que a partir de la literatura especializada, los dos primeros apartados describen respectivamente y en forma separada, los efectos de la hospitalización y el maltrato sobre los niños. Se incluye, además, un tercer apartado que integra ambos temas, presentando una elaboración realizada por las autoras.

EFFECTOS DE LA HOSPITALIZACION

La hospitalización implica un cambio brusco en la situación de vida del niño. El ingreso al hospital significa separarse de su familia, sus amigos, el colegio y las actividades propias de la rutina diaria. En efecto, el niño llega a un lugar extraño, con gente que no conoce, donde se ve restringido para moverse y es sometido a intervenciones incómodas y, en ocasiones, también dolorosas (Marino & Marino, 2000).

Ante esto, es bien sabido y descrito en la literatura que el común de los niños reacciona con algún grado de sintomatología a la hospitalización. Ejemplo de lo anterior son los llantos, enuresis, vómitos, terrores nocturnos, pesadillas, trastornos alimentarios, miedos, irritabilidad, conducta desafiante, sumisión, regresiones, dependencia y depresión, entre otros (Cerfogli, Repetto & Saumann, 1991).

Pese a lo descrito, se ha visto que la intensidad con que se expresan las reacciones referidas también depende de múltiples factores. Entre ellos, algunos que nos interesan por la temática de este capítulo son la razón de la hospitalización, la naturaleza y tiempo de preparación para ella y la duración de la estadía. Por otro lado, se ha visto que la capacidad de apoyo de los padres y la posibilidad que ellos tengan de visitar a su hijo en el hospital, disminuye la reacción adversa del niño. Lo mismo ocurre si los padres, el niño y el equipo de pediatría logran establecer entre sí una relación de cooperación y confianza (op. cit.).

En respuesta a lo anterior, se describen diversas acciones que los hospitales pueden implementar para favorecer la mejor adaptación del niño que es internado. Una de las principales radica en facilitar el contacto del pequeño paciente con sus padres, prolongando el tiempo destinado a las visitas y delegando en ellos, con la debida supervisión, algunas funciones referidas al cuidado médico del niño (Kristensson-Hallström & Elander, 1997; MacClain, 1998; Newton, 2000).

Otra línea de acción ampliamente desarrollada en la literatura se refiere a disminuir la respuesta de estrés frente a la hospitalización, promoviendo en el niño el desarrollo de un sentido de control sobre lo que ocurre a su alrededor. Esto se logra familiarizándolo con la situación hospitalaria, haciendo predecibles las rutinas que ahí se siguen y preparándolo para los procedimientos médicos. Para tales fines se recurre a metodologías apropiadas al lenguaje y modalidad expresiva de los niños, tales como el juego, representaciones con títeres y cuentos (Malchiodi, 1997; Kurdahi, 1998; Rushforth, 1999).

EFFECTOS DEL MALTRATO

El niño que es maltratado al interior de su familia experimenta en forma permanente la paradoja de ser dañado por quienes son responsables de su protección y cuidado: sus propios padres. Ello le genera una enorme contradicción y vulnera su capacidad para confiar en los adultos y en el mundo en general (Barudy, 1998, 1999).

Se trata de un niño que vive en una constante incertidumbre, en un clima de terror donde debe permanecer siempre alerta a las reacciones impredecibles de un adulto violento. Bajo estas condiciones experimenta una sensación de extrema indefensión, inseguridad y desamparo, generadas por la impotencia de no poder evitar el maltrato y tampoco poder solicitar ayuda. Todo ello debido al temor, pero también a la lealtad y afecto que siente por esta persona hacia la cual tiene una dependencia vital (op. cit.).

Junto con el terror, el niño que es golpeado se ve sometido a un intenso dolor físico lo que, muchas veces, lo lleva a odiar su cuerpo. Por su parte, el niño que es abusado sexualmente, si bien en general no experimenta dolor, pudiendo incluso llegar a vivir sensaciones placenteras, visualiza su cuerpo como algo malo, sucio y dañado, como la evidencia concreta de un hecho del cual se avergüenza. Todo lo anterior explica la alteración de la vivencia y de la imagen corporal que presentan la mayoría de los niños que sufren algún tipo de victimización (op. cit.).

Frente a las dinámicas abusivas, el niño desarrolla mecanismos de adaptación que le permiten sobrellevar la situación violenta. La única forma de integrar la paradoja “quien te quiere te daña”, consiste en preservar una imagen positiva del progenitor agresor y verse a sí mismo como el causante y, por ende, merecedor de los malos tratos. Es así como el comportamiento de los niños maltratados puede oscilar desde una complacencia y obediencia extrema que en forma ilusoria pretende detener el abuso, hasta una conducta oposicionista y desafiante, en la búsqueda de una razón que justifique los actos violentos de los cuales son víctimas (Trickett, 1997; Trickett & Putnam, 1998).

EL NIÑO HOSPITALIZADO POR MALTRATO

De acuerdo a lo revisado en los apartados anteriores, es posible apreciar que la experiencia de maltrato tiene efectos devastadores en la vida de los niños (Barudy, 1998, 1999). La hospitalización, por su parte, corresponde a un evento altamente estresante para los pequeños (Marino & Marino, 2000). Podemos suponer entonces, que nos encontramos frente a la posibilidad de que ambos fenómenos se potencien, generando un impacto aún mayor en el desarrollo y salud mental de quienes viven ambas experiencias.

Si consideramos que los factores que favorecen la adaptación del niño a la situación hospitalaria guardan relación con la oportuna preparación y la posibilidad de recibir el apoyo de los progenitores, podemos visualizar que el niño que ha sufrido maltrato se enfrenta a la hospitalización en condiciones más adversas.

En efecto, en estos casos la internación se produce en respuesta a una crisis, aspecto que no permite la preparación previa. Además, cuando uno de los padres es el agresor, muchas veces la decisión de hospitalizar se toma sin el total consentimiento de estos, prohibiéndose que uno o ambos visiten al niño. Ello puede dar pie a que entre el equipo de salud y la familia se genere una disputa o, al menos, una relación tensa.

Junto con lo anterior, es importante tener en cuenta que el niño maltratado sufre intensos sentimientos de culpa e impotencia, además de fuertes montos de ansiedad que se traducen en un estado de hiperalerta frente a las posibles amenazas del entorno. Cuando no se realiza una adecuada consideración de estas vivencias, la hospitalización no opera como medida de protección sino que, por el contrario, expone al niño a una revictimización.

Así, por ejemplo, cuando no se le explican al niño las razones de su internación, podemos estar reforzando su autculpabilización, pues éste bien podría pensar que la hospitalización y consiguiente alejamiento del hogar obedecen a un castigo por su mal comportamiento. Por otro lado, si no se le entrega información acerca del funcionamiento del hospital, podemos agudizar la ansiedad y sensación de falta de control que de por sí vive un niño maltratado. Por último, si no se prepara debidamente al niño para los procedimientos médicos a los cuales será sometido (ej. exámenes de rutina), éste podría pensar que será, una vez más, dañado físicamente, reviviendo el terror que experimentó frente a su agresor.

La hipótesis que sustenta nuestro trabajo es que **la hospitalización que considera las necesidades del niño maltratado, sí puede convertirse en un recurso protector frente a estos casos. Los trabajadores de la salud orientan su quehacer al cuidado y alivio del dolor, de modo que cuentan con importantes recursos para brindar a estos niños un espacio de acogida y contención.**

Sin embargo, es importante considerar que los niños que han sido golpeados o abusados sexualmente demandan cuidados que exceden los procedimientos hospitalarios habituales, aspecto que pone de relieve la necesidad de brindar a los equipos de salud instancias de formación específica en estas temáticas.

En efecto, el manejo de ciertas destrezas básicas para abordar los casos de violencia intrafamiliar permite que los trabajadores de la salud no sean vistos por el niño maltratado como figuras amenazantes o atemorizantes sino que, por el contrario, como personas que brindan cuidado, apoyo y protección.

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA

El trabajo realizado al interior del Servicio de Pediatría se dividió en tres grandes etapas. La primera de ellas consistió en la implementación de módulos de capacitación dirigidos a todos los enfermeros y auxiliares de enfermería del Servicio de Pediatría. Se trató de una fase introductoria, dirigida a la sensibilización en el tema del maltrato y a la detección de necesidades percibidas por el equipo de salud al momento de hacer frente a esta problemática. En la segunda etapa también se realizaron sesiones de capacitación, sin embargo esta vez estuvieron dirigidas sólo a una parte del personal del Servicio. Tanto en esta etapa como en la precedente se optó por un modelo de capacitación que privilegia la reflexión personal, la identificación de los propios recursos y, sólo a partir de ahí, el entrenamiento en habilidades y estrategias específicas. La tercera y última etapa consistió en la puesta en marcha de acciones concretas orientadas a responder a las necesidades de los niños maltratados y sus familias, poniendo énfasis en la supervisión y seguimiento del desarrollo de las mismas. A continuación se describen en detalle cada una de las tres etapas realizadas.

PRIMERA ETAPA

El “Programa de Atención al Niño Hospitalizado por Maltrato” fue una idea que surgió a propósito de una capacitación realizada con el personal del Servicio de Urgencia Pediátrica. Dicha capacitación tuvo por objetivos promover el desarrollo de estrategias de detección y primer apoyo frente a los casos de maltrato y abuso sexual infantil, estableciendo criterios para la derivación y/o conexión de la intervención con otras instancias de la red

intrahospitalaria (Ej. Asistente Social, Servicio de Pediatría, Servicio de Ginecología Infantil, entre otros).

En efecto, en la necesidad de hacer extensivas a todo el personal de Pediatría las acciones de atención al niño maltratado implementadas a nivel de Urgencia, el equipo activador presentó al Hospital una propuesta de capacitación para los enfermeros y auxiliares que se desempeñaban en las salas de internación. La previa existencia de espacios formales para el perfeccionamiento y formación de los funcionarios facilitó la aceptación e implementación de dicha propuesta. De hecho, fue posible diseñar tres sesiones de capacitación y llevarlas a cabo en horarios que permitieron que los asistentes no tuvieran que abandonar sus funciones habituales ni disponer de un tiempo que excediera su jornada laboral regular.

Los participantes fueron 18 funcionarios del Servicio de Pediatría, todos ellos auxiliares de enfermería o enfermeros que se desempeñaban en las salas de lactantes, preescolares y escolares o en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos de dichos encuentros fueron:

- ❑ Sensibilizar al equipo de salud de Pediatría frente a la problemática del niño maltratado.
- ❑ Incorporar al equipo de salud del Servicio de Pediatría a la red intrahospitalaria que operaba en los casos de maltrato.
- ❑ Detectar las inquietudes y necesidades que surgían en los funcionarios del Servicio de Pediatría a propósito de la atención de niños hospitalizados por maltrato.

Para el logro de dichos propósitos pareció fundamental, en primer lugar, detectar las creencias y actitudes que cada participante tenía respecto del fenómeno de la violencia. Dentro de los tópicos a evaluar revestía especial interés determinar si el equipo de salud percibía que la atención de niños maltratados cabía dentro de la definición de su rol y, por ende, correspondía a sus funciones o ámbito de competencia.

Dicha evaluación fue llevada a cabo a través de la aplicación de una encuesta que fue contestada en forma anónima por la totalidad de los participantes. El análisis de los resultados reveló que la mayoría (78,6%), consideraba que el maltrato infantil era un problema frecuente y relevante, por lo que debía ser abordado al interior del Hospital. También mayoría (78,6%), eran quienes consideraban necesario hospitalizar a los niños maltratados, aunque estos no tuvieran lesiones físicas de cuidado.

A pesar de lo anterior, un número aún mayor de participantes (85,7%), indicó no contar con la suficiente información en relación al tratamiento y abordaje de los niños hospitalizados por maltrato. Junto con lo anterior, varios funcionarios (57%), señalaron que no existían las condiciones hospitalarias apropiadas para internar a estos niños. Algunas de las razones aducidas se referían a las dificultades de manejo que estos niños planteaban. En efecto, cuando estos no presentaban lesiones invalidantes, por lo general se negaban a permanecer en cama o dentro de la sala y se mostraban reticentes a someterse a los procedimientos de rutina (ej. chequeo de signos vitales). Otra inquietud existente guardaba relación con el temor a que estos mismos niños, estando en contacto con niños enfermos, contrajeran alguna infección a pesar de haber ingresado sanos al hospital.

Los resultados de la encuesta antes referidos fueron dados a conocer a los participantes, generándose un clima propicio para la reflexión y revisión conjunta de las posturas personales frente al tema. Ello sentó las bases para llegar a definiciones consensuales de maltrato, definir los distintos tipos existentes, así como los factores de riesgo presentes en el niño, la familia y el entorno.

A continuación la Enfermera Jefe del Hospital junto a un auxiliar del Servicio de Urgencia presentaron el programa de violencia intrafamiliar que se venía implementando en la institución, dando a conocer los criterios que hasta la fecha ellos utilizaban para solicitar la hospitalización de un niño maltratado que ingresaba vía Urgencia. Manejar estos criterios, los cuales se basaban fundamentalmente en el riesgo de recurrencia y en la escasez de redes de apoyo para la familia, permitió que la decisión de hospitalizar como medida de protección pasara a cobrar sentido para quienes se desempeñaban en las salas de

internación del Servicio de Pediatría. En efecto, ya no la veían como una decisión impuesta desde fuera, sino que se sentían partícipes y, por ende, comprometidos con la misma.

Una de las principales conclusiones a las que el grupo llegó fue que, pese a que la internación no correspondía a la medida proteccional óptima, frente a la escasez de instancias que cumplieran tal función, la hospitalización podía brindar una alternativa de gran ayuda.

Otro aspecto que los participantes destacaron fue la necesidad de adecuar algunas reglas y procedimientos hospitalarios a la realidad de los niños maltratados, manifestando sentir una falta de herramientas para dar respuesta a las necesidades que estos presentaban.

SEGUNDA ETAPA

A partir de las inquietudes referidas por el equipo de salud en la primera etapa de capacitación, se visualizó la importancia de seguir trabajando con ellos, promoviendo esta vez el desarrollo de estrategias concretas de intervención con el niño maltratado y su familia. Se consideró importante, además, fomentar la apertura de canales formales de comunicación que permitieran establecer una conexión entre el Servicio de Pediatría y otras instancias hospitalarias involucradas en la atención de los casos de maltrato.

El desafío en esta etapa era seguir abriendo espacios de formación para el equipo de salud sin contar con más instancias formales para tal efecto. Frente a esta realidad, la única posibilidad de proseguir con el proyecto era contar con la validación y patrocinio de personas que pertenecieran a los niveles más altos de la jerarquía del Servicio. Es por ello que el equipo activador buscó asociarse con el Enfermero y Médico Jefe puesto que, siendo los encargados de organizar el funcionamiento del Servicio, eran quienes podían crear las condiciones propicias para llevar a cabo nuevos encuentros con los funcionarios.

Pese a que ambos profesionales avalaron la importancia del programa y apoyaron la iniciativa de continuar con éste, hicieron presente que ciertas características

organizacionales del Servicio hacían imposible volver a contar con la activa participación de todo el equipo. La existencia de un sistema de turnos, la alta rotación del personal, la escasez de éste y la sobrecarga de trabajo, eran condiciones que impedían destinar a un gran número de trabajadores a capacitaciones no contempladas originalmente en la planificación anual del Hospital. Sin embargo, se evaluó que sí resultaba factible solicitar la participación estable de tres auxiliares de enfermería, a las cuales se le brindaron todas las facilidades para poder asistir a tres sesiones estructuradas de trabajo.

Los objetivos de estas sesiones fueron:

- ❑ Analizar los efectos del maltrato sobre los niños.
- ❑ Analizar los efectos de la hospitalización en los niños.
- ❑ Diseñar acciones específicas a realizar con los niños, padres y otras instancias de la red hospitalaria en el manejo de los casos de maltrato.

Se optó por una metodología participativa, conceptualizando las características y necesidades de los niños hospitalizados por maltrato a partir de la experiencia que ellas tenían con este tipo de pacientes. Ello sentó las bases para que, en forma conjunta, el equipo activador y las auxiliares de enfermería participantes diseñaran estrategias de abordaje acordes a la realidad hospitalaria. Las acciones diseñadas fueron agrupadas en tres niveles de intervención distintos:

- Acciones concretas con los niños (Cuadro N°1)
- Acciones concretas con los padres (Cuadro N°2).
- Acciones concretas con la red intrahospitalaria (Cuadro N°3).
- Acciones concretas con los niños

ACA VA EL CUADRO N°1

Revisar las consecuencias que el maltrato tiene sobre los niños, ayudó a promover en las auxiliares de enfermería un cambio de mirada en relación al comportamiento que ellas

observaban en los pequeños pacientes. En efecto, ellas referían importantes dificultades en el manejo y postura de límites con estos niños. Sin embargo, diversas reacciones que antes eran catalogadas de “mala conducta”, comenzaron a ser vistas como posibles manifestaciones del impacto generado por el maltrato. Desde esta perspectiva, se diseñaron intervenciones orientadas a promover una mejor adaptación del niño maltratado a la situación hospitalaria, todo esto bajo el supuesto que brindar un contexto protector permite contener las vivencias asociadas a la victimización.

Dentro de las acciones a realizar las auxiliares de enfermería enfatizaron la importancia de adoptar una actitud acogedora con los niños, sobre todo considerando que ellas se convertían en las figuras adultas que más tiempo compartían con ellos durante su estadía en el Hospital. Dicha acogida debía ir acompañada de una postura de límites clara, firme y consistente, brindándoles modelos disciplinarios alternativos al uso de la violencia.

En aras a promover una mayor seguridad, se consideró fundamental ayudar a que los niños tuvieran un sentido de control sobre su ambiente próximo, aspecto altamente vulnerado por la experiencia de maltrato. En efecto, teniendo en cuenta que el Hospital y todo lo que ahí ocurría resultaba desconocido para ellos, surgió la necesidad de familiarizarlos con el lugar, procedimientos médicos y rutinas u horarios existentes.

Del mismo modo, se consideró importante brindarles alguna información sobre su estado y razón de la hospitalización, en forma tal de revertir el significado de castigo que ésta pudiera tener para ellos. Junto con lo anterior, dado que el maltrato y abuso sexual son experiencias que transgreden y dañan la corporalidad, las auxiliares de enfermería pusieron de relieve el respeto y cuidado que hay que tener al momento de someter a estos niños a algún procedimiento médico o, incluso, al momento de realizarles el aseo personal diario. Considerando que, en ocasiones, la comunicación verbal resultaba insuficiente para establecer una relación más cercana con los niños, se evaluó la posibilidad de introducir en las salas pediátricas el uso de materiales lúdicos. Además del componente de entretención y utilización del tiempo libre, el juego pasó a ser visto como una importante herramienta para mediatizar la relación niño-equipo de salud, brindando una vía de expresión más acorde a

la etapa evolutiva de los pequeños pacientes. Junto con lo anterior, se entregaron nociones básicas sobre el valor terapéutico del juego y el rol que éste cumple en la disminución de la ansiedad inherente a la situación hospitalaria y a la vivencia de haber sido maltratado.

- Acciones concretas con los padres

ACA VA EL CUADRO N°2

De acuerdo al reporte de las auxiliares de enfermería, el contacto con los padres o familiares de los niños hospitalizados, constituía una importante fuente de conflictos. En efecto, la presencia de los visitantes era vista como un obstáculo para el cumplimiento de funciones y tareas que el equipo de salud debía realizar. A modo de ejemplo, señalaron que los niños presentaban cambios conductuales al estar en presencia de los familiares, mostrándose mucho más reacios a someterse a las rutinas y procedimientos habituales. Junto con lo anterior, reportaron que los padres se mostraban reticentes a cumplir con las normas hospitalarias (ej. lavarse las manos y ponerse delantal al entrar a ver al niño), y muchas veces cuestionaban los procedimientos a los cuales eran sometidos sus hijos, poniendo trabas a la realización de los mismos.

Este malestar, dirigido a los visitantes en general, era mucho mayor frente a los progenitores o personas a cargo de los niños hospitalizados por maltrato. Incluso los padres no agresores, que eran quienes visitaban a los niños, eran enjuiciados por el equipo de salud por considerarlos culpables o, al menos, cómplices de la situación en la cual se encontraban los pequeños.

Al generar un espacio de conversación sobre estos temas, las auxiliares de enfermería fueron tomando conciencia de la postura que ellas asumían frente a los padres. En efecto, el hecho de compartir con los niños y ser testigos de su sufrimiento, las llevaba a establecer fuertes alianzas con los pequeños y a predisponerse en contra de los adultos que estaban a cargo. Por otro lado lograron visualizar que la falta de colaboración y la actitud defensiva que estos adoptaban frente al equipo de salud, guardaba relación con el hecho de sentirse amenazados y cuestionados en su rol.

Fue de suma importancia mostrarles que los sentimientos antes descritos eran naturales y bastante frecuentes en personas que debían establecer contacto con progenitores de niños maltratados. Sin embargo, dado que el principal interés residía en el bienestar de los pequeños, era importante adoptar una postura no confrontativa que permitiera establecer una relación de colaboración entre el equipo de salud y la familia. En efecto, se reconoció la necesidad de considerar al niño en su contexto, surgiendo en ellas la inquietud de contar con un entrenamiento en técnicas de trabajo con padres.

A nivel específico, se trabajó en relación a la importancia de informar adecuadamente a los visitantes respecto de las normas hospitalarias a las cuales debían adscribirse, aclarando el sentido de las mismas. En efecto, explicitar la conexión existente entre las reglas y la mejor recuperación del niño, podía ayudar a que éstas no fueran vistas como arbitrarias y se generara, por ende, una mayor disposición a cumplir con ellas.

Tomar contacto con la angustia que genera en un padre la hospitalización de un hijo, ayudó a comprender la necesidad que ellos tenían de tener cierto control sobre la situación, solicitando información respecto del estado del niño. Pese a que sólo el médico de turno podía dar información respecto del diagnóstico y evolución de los niños, se estableció que las auxiliares sí podían brindar información respecto del estado general del pequeño (ej. patrones de sueño y apetito, estado de ánimo, entretenimientos, entre otros).

Dado que la enfermería incluye dentro de sus funciones una labor educativa hacia la comunidad, se propuso aprovechar la interacción diaria con los padres para ayudarlos a desplegar mayores recursos protectores hacia sus hijos. En efecto, gracias al modelaje y observación directa, los familiares podían aprender acerca del cuidado de la salud física y emocional de los niños, aspectos cruciales en el establecimiento de una relación orientada a la reparación del daño sufrido por los pequeños.

- Acciones concretas de conexión con la red intrahospitalaria

ACA VA EL CUADRO N°3

La incorporación formal del Servicio de Pediatría a la red intrahospitalaria especializada en la atención de casos de violencia intrafamiliar, implicaba establecer canales de comunicación que permitieran la coordinación de acciones y el fluido intercambio de información con otros Servicios.

Tal como fue mencionado en la introducción de este capítulo, la solicitud de hospitalizar a los niños maltratados provenía, generalmente, del Servicio de Urgencia Pediátrico. La previa existencia de una ficha de derivación, utilizada con todo tipo de pacientes, facilitó la coordinación entre ambas instancias. Junto con ello, las auxiliares de enfermería del Servicio de Urgencia y del Servicio de Pediatría, decidieron en conjunto establecer contacto personal toda vez que un niño maltratado fuera internado. Ello les permitiría intercambiar impresiones personales difíciles de transmitir en forma escrita.

Otra instancia clave en la atención de los casos de violencia intrafamiliar era el Servicio Social. En base al reporte de las auxiliares de enfermería fue posible apreciar que ellas manejaban información que podía ser muy útil para los informes que la Asistente Social del Hospital debía redactar para enviar a tribunales. En efecto, al ser quienes mantenían el contacto más permanente con los niños, se encontraban en una posición privilegiada para observar las reacciones emocionales y conductuales de los pequeños frente a la situación hospitalaria y frente a las visitas de sus progenitores.

Con el fin de no perder tan valiosa información, el equipo activador junto al Enfermero Jefe de Pediatría y la Asistente Social del Hospital, diseñaron una ficha de registro diario que permitiera recoger datos provenientes de la observación de la conducta del niño y de la relación con los familiares visitantes. Esta ficha, llenada por las auxiliares de turno, podía ser posteriormente adjuntada a la información que la Asistente Social manejaba en relación a los casos de maltrato infantil.

TERCERA ETAPA

En esta última etapa se comenzó a preparar la retirada del equipo activador, supervisando la implementación de las acciones acordadas en la fase anterior y realizando un seguimiento de la aplicación práctica de las mismas.

En este período se continuó el trabajando con las auxiliares que participaron en la segunda etapa del programa, esta vez promoviendo en terreno el desarrollo de habilidades de intervención con los niños. La realización de visitas semanales les permitió compartir con el equipo activador inquietudes y dificultades encontradas. Parte importante del trabajo realizado consistió en la incorporación del juego como método a ser utilizado por el personal en su contacto directo con los pequeños. Pese a que las salas de internación se encontraban equipadas con juguetes y poseían un área destinada al juego libre de los niños, no contaban con material lúdico específico que facilitara la expresión de emociones asociadas a la hospitalización o al maltrato. De este modo se confeccionó una caja de juegos, cuyo contenido aparece en el Cuadro N°4. Junto con lo anterior se diseñó un instructivo de uso de este material, el cual se presenta en el Cuadro N°5.

ACA VAN SEGUIDOS LOS CUADROS 4 Y 5

Pese a que el contacto con los visitantes no dejó de ser un área exenta de dificultades, las auxiliares de enfermería señalaron que al establecer una relación no confrontativa se logró obtener una mayor colaboración de los padres. De este modo, les fue posible delegar en ellos tareas sencillas, tales como la alimentación de los niños, lo cual contribuyó a aliviar en parte la carga de trabajo que ellas tenían. Junto con lo anterior, las auxiliares de enfermería tomaron conciencia de las importantes funciones de contención que ellas cumplían hacia los familiares de estos niños. En efecto, las conversaciones informales que sostenían, servían para acoger a los padres en momentos de desborde que, de no mediar un apoyo, tal vez habrían dirigido hacia sus hijos.

Dentro de las acciones destinadas a establecer una conexión con la red intrahospitalaria, se puso en marcha la utilización de la Ficha de Registro Diario, destinada a crear canales de comunicación entre Pediatría y Servicio Social. Su uso preliminar permitió realizarle modificaciones que la adecuaron a la realidad del Hospital, llegando a diseñarse una versión definitiva y oficial de la misma (Cuadro N°6).

ACA VA EL CUADRO N°6

Pese a tratarse de un elemento nuevo, la inserción de este registro no fue difícil debido a que los auxiliares de enfermería se encontraban familiarizados con el llenado de fichas y protocolos. En efecto, se trataba de una actividad que formaba parte habitual de sus funciones. Pero sin duda el aspecto más gravitante en su incorporación a los procedimientos regulares del Servicio fue la activa promoción de su uso por parte del Enfermero Jefe. Del mismo modo, su utilidad fue validada por la Asistente Social, quien dos veces por semana las retiraba, recogiendo aquella información que resultara relevante para sus informes y toma de decisiones respecto del caso (ej. Autorización de visitas, reubicación del niño en otra institución, regreso del niño a su hogar, entre otras). Ello sin duda significó un reconocimiento y consideración de la opinión y experiencia de las auxiliares.

En lo que respecta a la conexión con el Servicio de Urgencia, la ficha de derivación que existía con antelación siguió operando como era de costumbre. Especial relevancia cobró la reunión informal de la auxiliar de Urgencia que había recepcionado a un niño y la auxiliar de Pediatría asignada a la sala en que éste había sido hospitalizado. De acuerdo a ellas, este breve contacto no sólo les permitía intercambiar información útil respecto del caso sino que, además, reforzaba la idea de estar trabajando en equipo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el transcurso del “Programa de Apoyo al Niño Hospitalizado por Maltrato” fue posible ir visualizando cómo un modelo de capacitación que privilegia la creación de espacios de conversación y reflexión personal en torno al tema de la violencia, va generando en los participantes cambios en las posturas y modos de enfrentar esta problemática.

En un comienzo, pese a que todos los miembros del equipo consideraban que el maltrato infantil era un problema muy frecuente y relevante al interior del Hospital, percibían que el manejo de estos casos estaba fuera de su alcance. A partir de esto la causa que originaba la hospitalización de los niños maltratados se tornaba invisible y estos pequeños eran atendidos como cualquier paciente, sin tomarse en cuenta las consideraciones especiales que estos casos requieren.

A través de un modelo que se centra prioritariamente en los recursos en lugar de los déficits, los miembros del equipo pasaron a visualizarse como agentes que sí tienen la posibilidad de realizar acciones tendientes a paliar los efectos del maltrato. En efecto, intervenir en la crisis y convertir al Hospital en un lugar seguro, permitió generar un contexto protector, requisito fundamental para la posterior reparación del daño sufrido por los niños maltratados.

Solicitar la participación de las auxiliares de enfermería en el diseño de estrategias de intervención que luego fueron puestas en marcha, las convirtió en artífices del programa, generándose un mayor compromiso hacia el mismo. Considerando que el equipo activador no pertenecía al Hospital y que en algún momento emprendería la retirada, fue crucial contar con la opinión experta de quienes conocían la realidad cotidiana del lugar. Ello permitió implementar acciones relevantes y atinentes a las necesidades particulares del recinto, aspectos cruciales en la inserción y permanencia de las mismas.

En concordancia con lo anterior, cabe destacar la importancia de tomar en cuenta los aspectos organizacionales de un centro hospitalario al momento de diseñar un programa de esta naturaleza. Tratándose de un sistema jerárquico, fue crucial contar con el patrocinio de profesionales que ocupaban cargos de responsabilidad dentro del Servicio de Pediatría, pues esto aseguró que las prácticas introducidas pasaran a formar parte de las tareas habituales del personal y no cayeran en el desuso al retirarse el equipo activador.

Un importante aporte del programa realizado fue posicionar el tema de la Psicología de Enlace al interior del Hospital. En efecto, pese a que éste iba dirigido a los niños maltratados, las acciones realizadas pusieron también de relieve las necesidades psicológicas de los niños hospitalizados en general.

De acuerdo a nuestra apreciación, el principal valor del “Programa de Apoyo al Niño Hospitalizado por Maltrato” fue validar el tema de la violencia como un asunto de salud, pertinente a las especialidades médicas. De acuerdo a Mercy (1999), “...el efecto de la violencia sobre nuestros niños llega mucho más lejos que las lesiones físicas y emocionales inmediatas. Cada vez son más las pruebas evidentes de que la exposición a la violencia a una edad juvenil puede influir sobre el riesgo de problemas de salud en el adulto, como el abuso de sustancias, la depresión, el intento de suicidio, los comportamientos sexuales de alto riesgo, la obesidad y el tabaquismo” (p. 8). El reconocimiento de las consecuencias sanitarias de la violencia hace necesaria la creación de estrategias que permitan hacer frente a esta problemática. Del mismo modo, los equipos de salud pediátricos pueden y deben actuar en calidad de defensores de la salud y el bienestar de los niños.

REFERENCIAS

Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Editorial Paidós.

Barudy, J. (1999). *Maltrato Infantil. Ecología social: Prevención y reparación*. Santiago: Editorial Galdoc.

Cerfogli, C., Repetto, P. & Saumann, M. (1991). *Factores psicológicos que influyen en la adaptación y tratamiento del niño hospitalizado*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Kristensson-Hallström, J. & Elander, G. (1997). Parent's experience of hospitalization: different strategies for feeling secure. *Pediatric Nursing*, 23, (4), 361-367.

Kurdahi, L. (1998). Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. *Pediatric Nursing*, 23, (5), 449-454.

Malchiodi, C. (1997). *Breaking the silence. Art Therapy with children from violent homes* (2nd Ed.). Levittown, PA: Brunner/Mazel.

Marino, B. & Marino, E. (2000). Parents' report of children's hospital care: What it means for your practice. *Pediatric Nursing*, 26, (2), 195-198.

McClain, C. (1998). The heart of the matter: Care conferences to promote parent-professional collaboration. *Pediatric Nursing*, 24, (2), 151-159.

Mercy, J. (1999). Defendiendo a los niños: papel del pediatra en la prevención de la violencia. *Pediatrics en Español*, 47, (1), 8.

Newton, M. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26, (2), 164-168.

Rushforth, H. (1999). Practitioner review: Communicating with hospitalised children: Review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, (5), 683-691.

Trickett, P. (1997). Sexual and physical abuse and the development of social competence. En: S. Luthar, J. Burack, D. Cicchetti & J. Weisz (Eds), *Developmental Psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder* (pp.390-416). Boston: Cambridge University Press.

Trickett, P. & Putnam, F. (1998). Developmental consequences of child sexual abuse. En: Trickett, P. & Schellenbach, C. (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 39-56). Washington: American Psychological Association.

ANEXOS

Cuadro N°1: Acciones concretas con los niños

Objetivos	Acciones	Recursos
- Promover adaptación del niño a la situación hospitalaria. - Brindar ambiente seguro y contenedor de las vivencias asociadas al maltrato.	- Adoptar actitud acogedora y de confianza con el niño. - Poner límites en forma clara y consistente. - Brindarle información acerca de su situación. - Familiarizarlo con situación hospitalaria. - Hacer predecibles las rutinas del hospital. - Preparar al niño ante procedimientos médicos. - Ser cuidadosos al momento de examinarlo.	- Caja de juego. - Carretilla o carro móvil con juguetes. - Láminas de trabajo con situaciones médicas (puzzles, figuras para colorear, laberintos, etc.). - Cuentos alusivos a situación hospitalaria.

Cuadro N°2: Acciones con los padres

Objetivos	Acciones	Recursos
- Establecer relación de cooperación con adulto a cargo del niño. - Promover relación reparatoria del adulto a cargo hacia el niño.	- Dar a conocer sentido de las reglas hospitalarias. - Informar sobre estado general del niño. - Entregar conocimientos sobre estimulación y cuidado del niño.	- Cartillas informativas. - Conversación informal. - Modelaje.

Cuadro N°3: Acciones de conexión con la red intrahospitalaria

Objetivos	Acciones	Recursos
Formalizar canales de comunicación entre Pediatría y otras instancias de la red intrahospitalaria.	- Coordinar acciones con el Servicio de Urgencia. - Coordinar acciones con Servicio Social.	- Contacto auxiliar de urgencia y auxiliar de Pediatría. - Ficha de derivación - Ficha de registro diario (observación de pacientes hospitalizados por maltrato).

CUADRO N°4: MATERIALES CAJA DE JUEGO

- Maletín de doctor con diversos implementos médicos (jeringas, termómetro, estetoscopio, pinzas quirúrgicas, vendas, parches curitas, frascos de medicinas, entre otros).
- Atuendos de médicos y enfermeras (delantales o batas blancas, mascarillas, tocas, entre otros).
- Títeres de médicos, enfermeras y animales.
- Muñeco grande (para aplicarle procedimientos médicos).
- Teléfonos (para facilitar la comunicación con los niños).
- Familia de muñecos.
- Animales de plástico (salvajes y domésticos).
- Ambulancia y radiopatrulla con policías.
- Material de arte (hojas, lápices de colores, plumones, etc.).
- Biblioteca infantil (cuentos).

**CUADRO N°5: MATERIAL DE PREPARACION PARA INGRESO Y
PROCEDIMIENTOS MEDICOS: INSTRUCTIVO DE USO**

Los juguetes que contiene esta caja han sido seleccionados para ser utilizados por el equipo de salud en su contacto directo con el niño y su familia.

Este material lúdico tiene por finalidad:

- Familiarizar al niño con el contexto hospitalario al permitirle reproducir en sus juegos los elementos médicos que observa y las situaciones que vive al interior del hospital.
- Promover la continuidad entre el hogar y el hospital al traer a la sala pediátrica elementos de recreación cotidiana para el niño. Tener juguetes a su alcance, hace que el hospital sea un lugar más amigable y familiar para él.
- Brindar una vía de comunicación alternativa con el niño, más acorde a su edad. A través del juego, el niño expresa sentimientos que no puede poner en palabras.

Se sugiere la utilización de estos materiales en las siguientes situaciones:

- Para facilitar la adaptación del niño recién llegado al Servicio de Pediatría.
- Para preparar al niño frente a los procedimientos médicos y rutinas hospitalarias (toma de signos vitales, inyecciones, exámenes, cirugía, etc.).

El uso de este material en la relación con el niño permite aminorar la ansiedad que éste siente frente a una situación que le es desconocida y, por ende, amenazante. Su adecuada utilización puede promover sentimientos de mayor seguridad y permitir que, a futuro, **el niño recuerde su estadía en el hospital como una experiencia positiva.**

CUADRO N°6: FICHA DE REGISTRO DIARIO

FICHA OBSERVACION PACIENTE HOSPITALIZADO

NOMBRE PACIENTE

FECHA
INGRESO

OBSERVADOR TURNO DIA

FECHA
ACTUAL

OBSERVADOR TURNO NOCHE

REGISTRO DIARIO DE VISITAS

*parentesco o relación c/pcte.

OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN NIÑO-VISITA

CONDUCTA DIARIA DEL NIÑO (marque con una cruz sólo las reacciones que estén presentes)

	T D	T N		T D	T N
*Problemas de alimentación	☐	☐	*Masturbación frecuente	☐	☐
*Sueño alterado	☐	☐	*Tics	☐	☐
*Temores inmotivados	☐	☐	*Dependencia exagerada	☐	☐
*Llanto fácil	☐	☐	*Dolores de cabeza	☐	☐
*Terrores nocturnos	☐	☐	*Animo triste	☐	☐
*Agresividad marcada	☐	☐	*Irritabilidad	☐	☐
*Problemas control esfinter	☐	☐	*Pataletas frecuentes	☐	☐
*Hiperkinesia	☐	☐			

TD= Turno día TN= Turno noche

COMENTARIO
